Ein Fall von männlicher

Hysterie

mit Magenerweiterung und Fremdkörper im Magen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesammten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Johannes Krebber,

approb. Arzt aus Ursel bei Xanten am Rhein.

München.

Druck von M. Ernst, Senefelderstrasse 4.

1898.

Ein Fall von männlicher

Hysterie

mit Magenerweiterung und Fremdkörper im Magen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesammten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Johannes Krebber,

approb. Arzt aus Ursel bei Xanten am Rhein.

ACAD.
LUDO.BAT.
BIBL.

München.

Druck von M. Ernst, Senefelderstrasse 4.

1898.

Referent:
Geheimrat Prof. Dr. **v. Ziemssen.**

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

Meiner lieben Mutter

aus Dankbarkeit

gewidmet.

I.

In den medizinischen und chirurgischen Kliniken und Polikliniken der Universität München kam seit dem vorigen Jahre ein Fall von männlicher Hysterie zur Beobachtung, welcher in mancher Hinsicht der Mitteilung wert erscheint.

Der Patient, um den es sich handelt, ist ein junger Mann von 21 Jahren, der körperlich normal entwickelt ist. Er war ursprünglich Weinküfer von Beruf. Die Hysterie erkennt man bei ihm an den typischen Stigmata, unter denen besonders die Unempfindlichkeit der Haut und der Schleimhäute hervortritt. Auf die anderen Symptome, den Clavus hystericus, die hysterogenen Zonen, die Anfälle etc. wollen wir später eingehen. Zunächst seien einige allgemeine Bemerkungen mitgeteilt, welche durch Angaben des Patienten und durch klinische Beobachtungen bekannt wurden.

Im Alter von 1 Jahre hatte Pat. das Unglück, sich durch einen Fall das Hinterhaupt erheblich zu verletzen, was nach Angabe seines Vaters der Grund für ein später dort aufgetretenes „Geschwür" gewesen sein soll. Mit 3 Jahren bekam Patient einen Krampfanfall, bei dem er das Bewusstsein verlor und mit den Händen und Füssen um sich schlug. Die Anfälle waren sehr selten. Dem Pat. sind nur noch zwei weitere Anfälle bekannt. Der eine, der sich vor $2^1/_2$ Jahren auf der Strasse ereignete, und der andere, welcher auf einen Spaziergang im Winter stattfand. Bei letzterem soll er lange Zeit bewusstlos im Schnee gelegen und beim Erwachen sich schon im Krankenhause befunden haben.

Das Bewusstsein keine Empfindung zu haben, brachten den Patienten auf den Gedanken, sich in Schaustellungen als Fakir und Artist zu zeigen Seine Kunststücke bestanden im Verschlucken von allen möglichen unverdaulichen Dingen, wie Taschenmesser, Glasscherben, Hobelspähnen, Schrotkörnern, Stiefelwichse, Streichhölzern, Nägeln; ferner trinkt er Petroleum, Spiritus etc. Ausserdem lässt er sich nach der Art der Fakire mit Nadeln von beträchtlicher Grösse durch die Wangen und Unterarme stechen. Die Nadeln haben angeblich die Länge und Dicke eines Bleistiftes. Solche Nadeln treibt er auch mit einem Hammer in den Oberschenkel, und mehrmals sollen die spitzen Nadeln am Knochen einen solchen Widerstand gefunden haben, dass sie beim Herausziehen umgebogen waren. Auch seiner Zunge legt der Patient anormale Verrichtungen auf. Dieselbe wird an einen Tisch genagelt, und so wird durch Zug der Tisch von der Stelle bewegt. Die Augäpfel kann Pat. schmerzlos aus ihren Höhlen herausdrücken, indem er an der Aussenseite der Orbita den Finger langsam in die Augenhöhle einbohrt. Ein anderesmal beliebt er sich Brandwunden beizubringen, oder sich die Arme und das Gesicht mit einigen hundert Stecknadeln spicken zu lassen. Bei all diesen Manipulationen soll kein Blut fliessen, die Haut ist gewöhnlich blass und die Gefässe scheinen sich demnach im contrahierten Zustande zu befinden.

Die verschluckten Gegenstände sollen im Allgemeinen den Verdauungskanal ohne Beschwerden passirt haben. Um dies zu erleichtern, genoss Pat. einhüllende Mittel wie Sauerkraut, Kartoffelbrei, Gemüse etc. Dieselben vermehren die Kotmenge und verhindern so die direkte Berührung der Gegenstände mit der Darmwand. So sollen die Fremdkörper am 2. od. 3.

Tage nach ihrer Aufnahme im Kote wieder erschienen sein. Diesen Beruf betreibt der Pat. angeblich schon seit 7 Jahren, trotz der Warnungen der Aerzte. Bis vor $1^1/_2$ Jahren liess sich der Pat. von Zeit zu Zeit in der medizinischen Poliklinik des Herrn Prof. Moritz behandeln. Hier wurde mehrmals durch Darmklysmata seine hartnäckige Obstipation beseitigt. Zuerst glaubte man nicht an seine Esskünste bis man denn in seinem Stuhl mehrere Schuhnägel vorfand. Der Suggestion scheint der Patient sehr zugänglich zu sein. Als nämlich im vorigen Jahre einige Nägel, Uhrketten und Theelöffel, die er angeblich verschluckt hatte, im Stuhl nicht wieder erschienen, begab sich der Pat. in die chirurgische Klinik. Hier wurde in der Ileocöcalgegend unter Narkose eine Pseudooperation gemacht. Nach derselben waren die Beschwerden verschwunden.

Einige Angaben aus der Krankengeschichte der chirurgischen Klinik seien hier mitgetheilt:

Eintritt am 1. II. 97, — der Austritt am 27. II. 97.

Pat. trat in Behandlung mit fortwährendem Erbrechen und starker Druckempfindlichkeit des Leibes. Auf Magenausspülungen trat Besserung ein. Doch bestand die Obstipation hartnäckig weiter. Nur durch Einlauf war Stuhl zu erzielen.

Bald traten in der Ileocöcalgegend Schmerzen auf, die Pat. auf einen steckengebliebenen Nagel und Theelöffel zurückführte. Bei Röntgenisierung ist von einem Fremdkörper nichts zu entdecken. Auch der durch Drastika erzeugte Stuhl enthielt keine Fremdkörper. Pat. klagte auch über Schmerzen in den beiden Knie- und Fussgelenken. Cornealreflex erhalten, Würgreflex total aufgehoben, Patellarreflex beiderseits deutlich, Fussklonus angedeutet. Vorderarmreflex beiderseits gesteigert. Cremasterreflex vorhanden. Bauchdeckenreflex undeutlich.

Stärkere Nadelstiche werden an den unteren Extremitäten nicht empfunden bis handbreit über den Knöcheln, von hier ab Hyperalgesie. Aehnliche Verhältnisse an den oberen Extremitäten. Hier beginnt die hyperalgetische Zone 2 Querfinger über dem Handgelenk. Abdomen ist empfindlich. Rücken zeigt zwei hyperästhetische Zonen in der Lumbalgegend und am Nacken.

Abdomen eingezogen, besonders an den oberen Partien.

Man fühlt im Abdomen derbe, höckerige, wurstförmige und druckempfindliche Resistenzen.

Percussionsschall am Abdomen mit Ausnahme in der Weiche überall tympanitisch. Die perkutorische Grenze des Magens geht bis 2 Querfinger unterhalb des Nabels. Plätschergeräusche sind leicht hervorzurufen. Nur durch hohen Einlauf kann Stuhl erzeugt werden. Die Schmerzen im Leibe bestehen am 3. Tage nach der Aufnahme noch fort. Am 12. II. 97 wurde ein Hautschnitt auf der rechten Seite des Leibes mit nachfolgender Vernähung gemacht.

Am 13. II. 97 fühlte sich Pat. vollkommen wohl, hatte keine Schmerzen mehr im Leib. Am 16. II. hat Pat. eine spontane Stuhlentleerung. Appetit reichlich. Am 27. II. wird Pat. als gesund entlassen.

Ob durch die suggestive Operation nun fingirte Beschwerden beseitigt worden sind, oder ob das Verschwinden von wirklich bestanden habenden Schmerzen zeitlich mit der Scheinoperation zusammenfiel, vermag man wohl nicht ganz zu unterscheiden.

Kurze Zeit nach der Entlassung aus der chirurg. Klinik am 27. II. 97 konnte er sich wiederum nicht enthalten seine traurige Kunst auszuüben.

Aus dem obenstehenden Krankenbericht ersehen wir, dass der Magen mit seiner grossen Curvatur bereits 2 Querfinger breit unterhalb des Nabels steht; eine

etwa 8 Monate später vorgenommene Untersuchung ergab, dass die grosse Curvatur um noch 2 Querfinger breit der Symphyse näher gerückt war. Später rückte, wie wir sehen werden, diese Grenze noch tiefer hinunter. Diese Magenerweiterung muss man auf das lange Verweilen der verschluckten Gegenstände im Magen zurückführen. Wie Herr Prof. Moritz, der den Pat. in der Klinik vorstellte, ausführte, müsse man sich vorstellen, dass durch die schweren Gegenstände der Pylorusteil des Magens gezerrt und so abgeknickt würde. Der Pylorus könne der Bewegung nach unten nicht folgen, da er durch die Ligamenta hepato-duodenale und hepato gastricum fixiert ist. So wäre denn den im Magen befindlichen Dingen mit der zunehmenden Senkung desselben der Weg in's Duodenum erschwert und allmählich verlegt worden. Daraus kann man sich leicht den später auftretenden Magencatarrh erklären, ebenso auch die Retention von Fremdkörpern, welche für den Patienten noch unheilvoll werden sollte.

Am 23. Jan. 98 soll Pat. gelegentlich einer Schaustellung 11 Taschenmesser sowie einige Kaffeelöffel verschluckt haben. In der Nacht, etwa 6 Stunden darauf erschienen im Stuhl zwei Taschenmesser und einige Bruchstücke von Kaffeelöffeln wieder. Da in den nächsten 8 Tagen kein Stuhlgang mehr erfolgte und heftige Schmerzen in der Unterbauchgegend auftraten, so suchte der Pat. die Klinik des Herrn Geh.-Rat von Ziemssen auf. Vernehmen wir einige Notizen aus dem dort aufgestellten Krankenbericht:

Die am 28. Jan. 98 vorgenommene Aushebung des Magens förderte offenbar eine grössere Menge Speisebrei als das Probefrühstück betrug zu Tage. Derselbe ist grünlich gefärbt, reagiert schwach sauer und enthält keine freie Salzsäure. Mikroskopisch finden sich Speisereste bestehend aus Stärkekörnern,

Detritus Fett, Muskelfasern, z. Z. nur angedaut. Pat. hatte vor 3 Tagen das letztemal Fleisch genossen.— Stuhl ist angehalten. Zunge nicht belegt. Abdomen weich, sehr gut palpabel, im Hypogastrium schmerzhaft. Bei Aufblähung und auch bei Füllung des Magens mit Wasser zeigt sich der Fundus nur handbreit oberhalb der Symphyse stehend. Die Palpation ergiebt am l. Rektusrande in Nabel-Höhe das Vorhandensein eines festen Körpers von der Grösse und Dicke eines Daumens, welcher beim Aufsitzen sich nach unten verlagert. Die Magenausspülung befördert zäh schleimige Flüssigkeit mit wenig Speiseresten heraus.

Leber und Milz sind nicht vergrössert. Nervensystem: Feine Berührungen werden nur am Unterleibe unterhalb des Rippenbogens an den in gleicher Höhe befindlichen Partien des Rückens, an den Fusssohlen und Augenlidern empfunden. Schmerzhaftigkeit für Nadelstiche sind in denselben Gebieten vorhanden, ebenso in beiden Handgelenken. Am ganzen übrigen Körper ist sie vollständig aufgehoben.

Reflexe: die tiefen sind gesteigert, Vorderarm- und Bauchreflexe vorhanden. Scrotalreflexe fehlen, Pupillen reagieren gut, kein Tremor vorhanden. Pat. fällt beim Romberg'schen Versuch um.

Die Therapie beschränkte sich vorläufig auf breiige Kost und Magenausspülungen.

Am 28. I. 98 stellte Herr Geh.-Rat v. Ziemssen den Pat. in der Klinik vor und berichtete, dass die Untersuchung mit Röntgenstrahlen deutlich ein Packet länglicher, lichtundurchlässiger Körper handbreit unter dem Nabel in der Mittellinie erkennen lasse. Ausserdem sei ein kleinerer undeutlich sichtbarer Körper am rechten Rektusrand drei Finger breit oberhalb des Nabels zu sehen. Die Gegenstände waren auch zu

fühlen und liessen sich am besten in Knieellenbogenlage gegeneinander verschieben. Dabei entstand ein deutlich vernehmbares knirschendes Geräusch. Die Diagnose lautete damals: Hysteria gravis. Starke Dilatation des Magens mit hochgradiger motorischer Insufficienz. Gastritis chronica. Harte Fremdkörper im Magen-Darmkanal.

Der Vermutung, der Magen würde sich auch diesmal spontan entleeren, bewahrheitete sich nicht, wenn auch einmal am 31. II. abends unter hartem Stuhlgang der vordere Teil eines abgebrochenen Kaffelöffels zu Tage gefördert wurde. Die Beschwerden des Patienten wurden allmälig grösser, so dass er stürmisch nach den Magenausspülungen verlangte, die seine Schmerzen für kurze Zeit linderten.

Um dem Leiden ein Ende zu machen, wurde dem Patienten die Notwendigkeit einer operativen Entfernung der Fremdkörper klar gemacht und derselbe zu diesem Zwecke am 12. II. 98 in die chirurgische Klinik verlegt. Wie die damalige Krankengeschichte berichtet, wurden gleich die Vorbereitungen zur Operation mit Magenausspülung und Einlauf begonnen, worauf das erste Mal harter Stuhl in reicher Menge erfolgte. Doch auch bei wiederholtem Einlauf zeigten sich keine Fremdkörper.

Am 16. II. 98 stellte Herr Obermedizinalrat Prof. Angerer den Patienten in der Klinik vor und führte im Anschluss daran die Gastrotomie aus.

Der Schnitt wurde vom Nabel in der Mittellinie bis handbreit über die Symphyse gemacht. Die Abtastung des Magens nach Eröffnung des Peritoneums ergab, dass der nach rückwärts verlagerte Magen ein beträchtliches Packet Fremdkörper enthielt. Der Magen wurde zwischen Kochsalzkompressen aus der Bauchhöhle gezogen, geöffnet und dann mit der Kornzange

nach und nach 7 Messer, die Hälfte eines Theelöffels und der Griff eines Percussionshammerstiels herausbefördert. Darauf wurden der Magen, das Peritoneum und die Bauchdecken vernäht.

Am Abend stellte sich leichtes Erbrechen ein. Schon am 21. II. ist der Leib schon ziemlich schmerzfrei und am 26. werden sämmtliche Nähte entfernt. Die Wunde heilte per primam intentionem.

Seit dem 10. III. bekommt Pat. volle Kost, die gut vertragen wird. Alle 2—3 Tage erfolgt auf Einlauf Stuhl. Vom 21. III. ab zeigte das Abdomen keine Erscheinungen mehr, und die Funktion des Magens befindet sich wieder im normalen Zustande.

II.

Nun wollen wir zu einigen kritischen Betrachtungen übergehen.

Der eingangs erwähnte Fall auf das Hinterhaupt könnte die traumatische Ursache für die Entstehung der Hysterie gebildet haben. Dass Hysterie nach Traumen entstehen kann, ist wohl nach dem Vorgange von Charcot jetzt allgemein anerkannt worden. Strümpell stellt die beiden Begriffe traumatische Neurose und traumatische Hysterie gleichwertig nebeneinander als nervöse Erkrankungen, welche durch körperlichen Traumen hervorgerufen werden können. Doch ist es nicht die körperliche Verletzung als solche, sondern der durch dieselbe hervorgerufene Schreck oder richtiger die gesamte durch das Trauma bedingte Bewusstseinsveränderung, welche die hysterischen Erscheinungen hervorruft. Es liegt nun bei unserem Pat. sehr nahe anzunehmen, dass das Trauma infolge des Falles die Ursache der Krankheit sei, denn andere Entstehungsursachen sind nicht nachzuweisen. So kann von einer erblichen Belastung, die von den franz. Autoren so sehr hervorgehoben wird, hier nicht

die Rede sein, denn die eingehendsten Erkundigungen ergeben, dass in der Familie des Patienten irgend eine Nervenkrankheit niemals bestanden hat. Mit dem 4. Lebensjahre erkrankte der Patient an Typhus, wodurch der hysterische Zustand noch verschlimmert wurde. Denn eine solche Krankheit erzeugt allgemeine Erschlaffung und wirkt so auf ein ohnehin empfängliches Nervensystem tief ein.

Sehen wir nun in welchem Masse die Symptome der Hysterie bei dem Patienten vertreten sind. Die dauernden Symptome nennt Charcot hyst. Stigmata im Gegensatz zu den zeitweise auftretenden nervösen Anfällen. Diese Stigmata haben auf die Störungen in den Sinnesempfindungen Bezug. Vor allem ist der Hautsinn beteiligt. Bei unserem Pat. besteht nach den letzten Untersuchungen eine vollständige Unempfindlichkeit und Schmerzlosigkeit fast am ganzen Körper, mit Ausnahme der Hände und Füsse und einiger Stellen, die dem Wechsel unterworfen sind. So fand Herr Dr. Gaetschenberger am 13. I. 98, dass der Rumpf von der 4. Rippe beiderseits bis zum Paupart'schen Bande und rückwärts von den beiden Schulterblattwinkeln bis zur Glutäalfalte ringsherum Empfindung zeigte. Vierzehn Tage später war im Bereich der musc. glutaei totale Unempfindlichkeit vorhanden.

Ausserdem bestehen am Nacken in der Gegend der Dornfortsätze der ersten 6 Halswirbel und in der Lumbalgegend, wo sich das Petit'sche Dreieck befindet, hyperästhetische Zonen. Bezüglich der Veränderlichkeit der sensiblen Störungen schreibt Gilles de la Tourette: „Die Stigmata der Haut und Sinnesorgane sind in Wahrheit sehr beständig, aber sie können verschwinden oder doch sehr deutliche Schwankungen zeigen. Lebhafte Gemütsbewegungen, Anfälle verändern sie manchmal beträchtlich. Die

anästhetischen Inseln können wandern, verschwinden oder es können an Stelle der früheren neue auftreten."

Fragen wir nun, wie kommt es, dass trotz der groben Verletzungen, die sich der Pat. manchmal beibrachte, fast keine Blutung aufgetreten sein soll. Charcot führt es auf eine wirkliche Ischämie in den anästhetischen Gebieten zurück. „Die Ischämie „sagt er", die übrigens in hohem Grade selten vorkommt, kann sogar gewisse als Wunder geltende Thatsachen erklären. In der Epidemie von Saint-Medard z. B verursachten, wie man erzählt, die Degenstiche, die man den von Konvulsionen Befallenen versetzte, keine Blutungen . . ." Pitres, der ebenfalls das Ausbleiben der Blutung nach Stichen festgestellt hat, hat die in der Umgebung der verletzten Stelle sich abspielenden Vorgänge genau untersucht. Hören wir seine treffliche Beschreibung: „Bei den Hysterischen scheinen die unmittelbar durch Berührung des fremden Körpers betroffenen Hautgefässe sich heftig zusammenzuziehen, ehe das Blut nach der Verwundung ausfliessen kann.

Diese Zusammenziehung ist von einer Reihe anderer Erscheinungen begleitet, die man bisher nur unvollkommen beschrieben hat. Es sind folgende: In dem Augenblicke, wo die Nadel in die Haut eindringt, sieht man ringsum dieselbe einen blassen Fleck von 1—2 mm Durchmesser, welcher bleibt und sogar noch stärker hervortritt, nachdem die Nadel herausgezogen ist. Nach einigen Sekunden ist der Fleck von einer roten Zone umgeben, deren Durchmesser 1—2 cm beträgt, zugleich bildet sich an seiner Stelle eine Hervorragung, ähnlich einer Urtikariaquaddel, welche verschiedene Zeit aber immer ziemlich lange bestehen bleibt, eine halbe Stunde oder auch über eine Stunde, je nachdem. Oft, wenn die Quaddel ausgebildet ist, kommt aus der Stichwunde ein kleines Tröpfchen klarer Flüssigkeit.

Diese Erscheinungen scheinen darauf hinzuweisen, dass sich eine Zusammenziehung der vom Stich unmittelbar betroffenen Gefässe vollzieht, auf welche ein auf die ursprünglich gereizte Stelle beschränktes Oedem folgt.“ Pitres nennt die Erscheinung „vaskuläre Hyperexitabilität“. Es scheint also, dass an den anästhetischen Teilen die Innervation der Gefässverengerer und -erweiterer gestört ist, was eine Veränderung in der Circulation hervorruft.

Nun wollen wir den sog. Clavus hystericus, der sich ebenfalls bei dem Pat. deutlich ausprägt, erwähnen. Die Bezeichnung rührt wahrscheinlich von der Aehnlichkeit des Schmerzes mit dem eines in den Kopf eindringenden Nagels her. Sydenham hat schon dargethan, dass diese hyperästhetische Zone sich nur auf einen kleinen fingerbreiten Raum des Kopfes erstreckt, dessen cutane Sensibilität mehr oder weniger gesteigert ist. Briquet hat gezeigt, dass von 356 hysterischen Frauen bei 300 beständig jener Kopfschmerz vorhanden war und er sagt ferner: „Der clavus hystericus kann an allen Teilen des Kopfes sitzen, gewöhnlich aber befindet er sich an den Schläfen oder auf dem Scheitel, niemals ist er multipel“. In unserem Fall befindet er sich in der Gegend der Protuberantia occipitalis externa, wo auch früher das fragliche Geschwür im Anschluss an den Fall entstanden sei. Man könnte vielleicht an eine frühere organische Verletzung denken, die den Schmerz hervorruft. Doch einerseits läge die Verletzung schon 20 Jahre zurück; andererseits kommen nicht selten grobe Verletzungen des Gehirns vor, nach deren Heilung niemals eine schmerzhafte Stelle zurückbleibt.

Ein weiteres charakteristisches Symptom für Hysterie ist die Gesichtsfeldeinengung. Meist ist sie auf weisses Licht beschränkt wie bei dem Patienten. Für die

Farben Blau und Rot besteht nur geringe Einengung. Für Grün sogar eine Vergrösserung. Die Farben konnten nur mit geringerer Intensität als Weiss percipiert werden. Die Untersuchung des Gesichtsfeldes am 28. V. 98 ergab für weiss folgende Zahlen: Rechtes Auge: Im horizontalen Meridian auf der temporalen Seite 45° (statt normal 90°), nasal: 45° (statt 60°). Im vertikalen Meridian nach oben 35° (statt 50°), nach unten 50° (statt 70°). Linkes Auge: Im horiz. Meridian temporal 40°, nasal 30°. Im vertikalen Meridian nach oben 35°, nach unten 40°.

Am häufigsten besteht, wie hier, eine doppelseitige Einengung und dann ist auch gewöhnlich das eine Auge, hier das linke, stärker betroffen als das andere.

Während im Allgemeinen die hysterischen Anfälle bei manchen Patienten ein Hauptsymptom ausmachen, treten sie hier in den Hintergrund. Es sind nur 3 bis 4 Anfälle direkt beobachtet. Es können die Anfälle ganz fehlen und nur die sog. Stigmata d. h. dauernde Symptome vorhanden sein. Nicht selten kann das Leiden mit einem Anfall beginnen, namentlich dann, wenn die Krankheit durch Schreck hervorgerufen wird.

Ueber den Geisteszustand des Patienten und dessen Charaktereigenschaften lassen sich nur einige Abnormitäten feststellen.

Jedenfalls will der Pat. durch seine Produktionen die Aufmerksamkeit auf sich lenken, ein Trieb, der den Hysterischen besonders eigen ist. Der Gedanke, in einen besonderen Ruf zu kommen, hat bei ihm wohl sehr dazu beigetragen, jene den Körper so schwer schädigenden Kunststücke auszuführen. Wahrscheinlich war das Bewusstsein der Anästhesie seines Rachens der erste Anstoss oder vielmehr eine gute Beihülfe zu dem Verschlucken dieser sonderbaren Gegenstände.

Im Uebrigen ist der Pat. geistig frisch und sein Intellekt und Gedächtniss sind normal. Wenn auch der Pat. nicht die auffallenden Veränderungen geistiger Art zeigt, welche bei sehr vielen Hysterischen vertreten sind, so gibt doch allein schon seine Handlungsweise, die Esskünste betreffend, zu erkennen, dass seine Denkart annormal ist. Ein normal veranlagter Mensch würde solche Manipulationen, wie sie der Pat. macht, gewiss nicht ausführen. Dieser aber liess sich bisher selbst durch Warnungen nicht davon abbringen und es dürfte auch vielleicht kaum in der Zukunft gelingen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. von Ziemssen, Herrn Obermedicinalrat Prof. Dr. Angerer und Herrn Prof. Dr. Moritz gütigst zu danken für die Erlaubnis, dass ich vorliegenden Fall in ihren Kliniken beobachten durfte.